

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON TRASTORNO BIPOLAR PEDIÁTRICO Y A SUS FAMILIAS.

Laura Cortés Juárez

FACULTAD DE ENFERMERÍA

Grado de enfermería.

Presentado a: Miguel Ángel Escobar Bravo.

Trabajo final de Grado.

Curso 2014-2015

Fecha: 10/05/2015

Agradecimientos.

En primer lugar agradecer a mi tutor Miguel Ángel Escobar Bravo por ayudarme a encontrar el camino siempre que me perdía.

A mis padres y familia que me han brindado toda su ayuda y apoyo. Gracias a ellos he podido finalizar mi soñada carrera.

También agradecer a mi pareja y amigos por entender mis periodos de ausencia.

Gracias a todos los que habéis hecho posible estos cuatro años de carrera y la realización de este trabajo de final de grado.

Índice

1. Resumen.....	7
2. Introducción	8
3. Marco teórico.	9
3.1 Definición.....	9
3.2 Clasificación.....	9
3.3 Epidemiología.....	10
3.4 Comorbilidad.....	10
3.5 Sintomatología.....	10
3.6 Diagnóstico.....	11
3.8 Tratamiento.....	13
3.8.1 Tratamiento farmacológico.....	13
3.8.2 Tratamiento no farmacológico.....	14
3.8.3 Terapia Cognitiva Conductual.....	15
3.8.5 Terapia Cognitiva Conductual centrada en la familia.....	15
3.8.6 Terapia dialéctica conductual.....	16
3.9 Suicidio.....	16
3.9.1 Epidemiología.....	17
3.9.2 Factores de riesgo.....	17
4. Mapa conceptual.....	18
5. Justificación.....	25
6. Objetivos:	26
7. Metodología.....	26
7.1 Población.....	26
7.2 Preguntas.....	27
7.3 Metodología de búsqueda.....	27
8. Intervención.....	29
9. Consideraciones éticas.....	36
Beneficencia:	36
No maleficencia:	36

Justicia:.....	36
Autonomía.	37
Confidencialidad.....	37
Normativa suicidio.	38
Comité de ética.....	38
10. Evaluación de la intervención.	39
11. Discusión.	40
12. Conclusiones.	41
13. Bibliografía.	43
14. Anexos.	46
Anexo 1. Screening para el TB.....	46
Anexo 2. Family Environment Scale. (Escala de Ambiente Familiar)	47
Anexo 3. Escala de riesgo suicida de Plutchick.....	48
Anexo 4. Cuestionario sobre los conocimientos del trastorno bipolar.....	49
Anexo 5. Parental Stress Scale. Escala de estrés paternal.....	51

Lista de Tablas.

Tabla 1. Evidencia sobre psicoeducación en TBP	23
Tabla 2. Cronograma de la intervención	29

Índice de siglas.

TB: Trastorno bipolar.

TBP: Trastorno Bipolar Pediátrico.

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

TDAH: Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad.

TC: Trastornos de Conducta.

MDQ. The mood disorder questionnaire.

CIE: Clasificación Internacional de Enfermedades.

ISRS: Inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina.

TCC: Terapia Cognitivo-Conducual.

TDC: Terapia dialéctica conductual.

OMS: Organización Mundial de la Salud

INE: Instituto Nacional de Estadística.

CSMIJ: Centre de Salud Mental Infanto-Juvenil.

1. Resumen

Introducción: El trastorno bipolar pediátrico es una enfermedad mental grave que afecta entre el 1 y el 3% de los niños y adolescentes, que está asociado con un elevado riesgo de suicidio.

Marco teórico: Breve explicación del trastorno bipolar pediátrico y los problemas que conlleva para el paciente y su familia.

Objetivos: Disminuir la tasa de intentos de suicidio en los pacientes con trastorno bipolar pediátrico solventando algunos de los factores de riesgo del intento autolítico.

Intervención: Se explican las pautas a seguir para realizar la intervención: Quién debe llevarla a cabo, cuanto tiempo debe durar, cronograma de la intervención.

Evaluación de la intervención: Nivel de efectividad de la intervención a partir de diferentes cuestionarios o escalas que se han utilizado.

Palabras clave: Trastorno bipolar pediátrico, psicoeducación, suicidio.

Abstract.

Introduction: Pediatric bipolar disorder is a serious mental illness that affects between 1 and 3% from children and adolescents and it is associated with an increased risk of suicide.

Theoretical basis: Brief explanation of pediatric bipolar disorder and the problems entailed for the patient and his family.

Objectives: Reduce the rate of suicide attempts in pediatric patients with bipolar disorder by solving some of the risk factors for attempted suicide.

Intervention: The guidelines to follow to perform the procedure are explained: Who should perform the intervention, how long should it last, the intervention schedule.

Evaluation of intervention: Level of effectiveness of the intervention from the use of different questionnaires or scales.

Keywords: Pediatric bipolar disorder, psychoeducation, suicide.

2. Introducción

El trastorno bipolar pediátrico (TB) es un trastorno del ánimo grave, recurrente y crónico que se caracteriza por la fluctuación de dos polos totalmente opuestos; la manía o exaltación, euforia y la depresión (1).

El trastorno bipolar pediátrico (TBP) es un tema complicado ya que hay cierta reticencia a establecer diagnósticos de patologías mentales en los niños, además también hay ciertas discrepancias entre los especialistas sobre los síntomas hipomaniacos o maniacos en la juventud, ya que estos síntomas son achacados a la adolescencia o pre pubertad y las fluctuaciones emocionales que hay en esta etapa (2).

Generalmente limita la funcionalidad del paciente y en todo caso requiere un abordaje integral, es decir, bio-psico-social. Constituye una enfermedad con una enorme carga socioeconómica, sanitaria (3) y una sobrecarga familiar (4).

Un serio problema detectado en los niños con TBP, es el riesgo de autolisis, derivado, entre otros factores de una mala relación con su familia (5).

Las tasas de suicidio son altas entre las personas con TB. Se estima que entre el 25% de los pacientes con TB cometen suicidio (5), en el TBP el porcentaje de suicidio es del 3% (6). Es más frecuente durante las fases depresivas o en las mixtas. Además entre un 8-19% de los pacientes bipolares morirá de suicidio, con lo que nos encontramos con un grave problema de salud (5).

En el presente trabajo se ha diseñado una intervención para intentar subsanar los problemas derivados del TBP, entre ellos el riesgo de suicidio.

3. Marco teórico.

3.1 Definición.

El trastorno bipolar antes llamado enfermedad maniaco-depresiva, está clasificado en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales IV (DSM-IV) como un trastorno del estado del ánimo. Es un trastorno mental grave, crónico y recurrente que se caracteriza por la presencia de episodios maníacos, episodios mixtos o episodios hipomaníacos, normalmente acompañados por la presencia (o historia) de episodios depresivos mayores (1). Es decir, el trastorno bipolar se caracteriza, por un estado de ánimo cambiante que fluctúa entre dos polos completamente opuestos: la manía, o fase de exaltación, euforia y grandiosidad, y la depresión, o fase en la que predominan la tristeza, la inhibición y las ideas de muerte. (3)

El trastorno bipolar ocurre en todas las edades, sin embargo, el pico máximo de incidencia se da entre los 15 y 25 años (2).

El TB se considera un trastorno mental grave ya que produce una importante afectación en día a día de los enfermos y en su bienestar, con repercusiones tanto durante los episodios como en los períodos de eutimia (3).

El TB en adultos constituye la sexta causa de discapacidad y la cuarta en los jóvenes (2), supone una gran carga global para el paciente, afectando a su calidad de vida, funcionamiento cotidiano, educación, trabajo, relaciones familiares y sociales (3).

La necesidad de hospitalización es frecuente, sobre todo en las fases maníacas. Se ha encontrado una asociación entre el TB y un incremento de la morbilidad y mortalidad de los enfermos que la sufren. Las tasas de mortalidad por cualquier causa son de 2 a 3 veces mayores que en la población general. El incremento de la morbilidad se atribuye generalmente a los factores de estilo de vida asociados al trastorno y al abuso de sustancias que con frecuencia se produce durante o entre los episodios (3).

3.2 Clasificación.

El trastorno bipolar se divide en (1):

- Trastorno bipolar I, se caracteriza por uno o más episodios maníacos o mixtos, habitualmente acompañados por episodios depresivos mayores.

- Trastorno bipolar II, caracterizado por uno o más episodios depresivos mayores acompañados por al menos un episodio hipomaniaco.
- Trastorno ciclotímico caracterizado por al menos 2 años de numerosos períodos de síntomas hipomaniacos que no cumplen los criterios para un episodio maniaco y numerosos períodos de síntomas depresivos que no cumplen los criterios para un episodio depresivo mayor.
- Trastorno bipolar no especificado que se incluye para codificar trastornos con características bipolares que no cumplen criterios para ninguno de los trastornos bipolares específicos definidos en esta sección (o síntomas bipolares sobre los que se tiene una información inadecuada o contradictoria).

3.3 Epidemiología.

Según el DSM IV la prevalencia del trastorno bipolar I varía entre el 0.4 y el 1.6 de la población y el trastorno bipolar II varía entre el 0.9 y 1.6% (7).

En España el 1,09% de la población que sufre trastorno bipolar (8).

En la Unión Europea el ratio de población que sufre el trastorno bipolar es de 1.5-2% (4).

El TBP afecta entre el 1-3% de los niños y adolescentes (1).

3.4 Comorbilidad.

El trastorno bipolar pediátrico suele ir acompañado de otros trastornos psiquiátricos en un 80% de los casos (2). Dentro de este 80% el Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) sería el trastorno más frecuente con una prevalencia alrededor del 90%. Los trastornos de conducta (TC) son el segundo trastorno más frecuente, relacionándose con un descenso del rendimiento académico y un aumento de ingresos hospitalarios. El trastorno de ansiedad tiene una prevalencia del 60% en comorbilidad con el TBP. En los adolescentes con TBP el trastorno por abuso de sustancias tiene una prevalencia de entre el 4 y el 18% (7).

3.5 Sintomatología.

- Fase de manía puede predominar tanto la euforia como la expansividad o la irritabilidad, con síntomas acompañantes como autoestima exagerada, verborrea,

fuga de ideas, desinhibición, distraibilidad, impulsividad, hiperactividad, búsqueda de situaciones de riesgo, inquietud o agitación. En los casos graves, es frecuente el desarrollo de síntomas psicóticos, como delirios, alucinaciones o incluso los llamados “síntomas de primer rango”, antiguamente atribuidos en exclusividad a la esquizofrenia (3).

- *Fase de hipomanía* como en la fase de manía predomina el estado de ánimo elevado, expansivo o irritable, pero no se alcanza el grado de repercusión funcional y nunca se asocia a sintomatología psicótica (3).
- *Fase de depresión* se caracterizan por la tristeza patológica y la pérdida de interés y capacidad para obtener placer. El paciente puede referir pena, congoja, abatimiento, desesperanza, vacío interno, ansiedad, angustia o intensa apatía. El pensamiento se hace lento, monótono, con una disminución general de las ideas, siempre con un tono pesimista y desagradable. En la *depresión psicótica* se desarrollan delirios (en ocasiones congruentes con el estado de ánimo, como el delirio de ruina o de negación) y alucinaciones. Los ritmos vitales del paciente deprimido se alteran, apareciendo insomnio o hipersomnia diurna, astenia, fatigabilidad, pérdida de apetito y de interés por el sexo (3).
- *Episodios mixtos* son aquellos que combinan simultáneamente síntomas maníacos y depresivos, pudiendo presentar el paciente hiperactividad, irritabilidad, inquietud, insomnio, taquipsiquia, bajo ánimo, tendencia al llanto e ideas de culpa. Su aparición complica el manejo clínico del trastorno, dada la dificultad de diagnóstico y la frecuencia del riesgo suicida (3).

Estos síntomas suelen ir acompañados de repercusiones en el colegio como un bajo nivel académico, poca relación con los compañeros, interrumpe la funcionalidad familiar con conflictos padres-hijo... (6).

3.6 Diagnóstico.

El TBP es difícil de diagnosticar, ya que existen controversias a la hora de poner la etiqueta a un niño o adolescente de enfermo mental y más aún de dar tratamiento. Sin embargo, entre el 1 y el 3% de los niños y adolescentes son diagnosticados de trastorno bipolar (2).

Es común que los pacientes o familiares asocian según que comportamientos no a una enfermedad, sino a una cuestión de carácter, es por ello que para hacer un correcto diagnóstico, es necesario realizar una completa anamnesis y una exploración tanto psiquiátrica como somática.

El diagnóstico de trastorno bipolar en niños o adolescentes debe hacerse sólo después de un período de vigilancia intensiva a lo largo del tiempo, y por un equipo profesional o multidisciplinario debidamente capacitado y con experiencia en la evaluación, diagnóstico y tratamiento del trastorno bipolar en niños y los jóvenes, y en colaboración con el niño o los padres de este o sus cuidadores. Es posible que se necesiten varias entrevistas con el enfermo para poder realizar una evaluación completa que permita conocer la historia evolutiva del trastorno y ampliar el conocimiento de los antecedentes tanto personales como familiares del paciente (9).

Normalmente en un ataque de manía el paciente es hospitalizado y suele referirlo en la anamnesis, sin embargo puede haber habido fases hipomaniacas que al paciente no le hayan repercutido de manera significativa laboral o socialmente y por lo tanto no hayan motivado a un ingreso. El aumento de actividad, energía y productividad puede no ser visto por el paciente como algo negativo y por lo tanto no lo comente en la entrevista, por ello, suele ser conveniente completar la anamnesis con información aportada por un familiar y también puede ser necesario algún cuestionario de screening, por ejemplo el The mood disorder questionnaire (MDQ) que se puede encontrar en el anexo 1 (3).

Con el objetivo de crear un consenso entre los distintos profesionales, se han creado sistemas diagnósticos tales como el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE). Los criterios diagnósticos del trastorno bipolar varían del CIE-10 al DSM IV. Las diferencias esenciales entre estos se centran en el número de episodios requeridos para el diagnóstico y la distinción entre trastornos bipolares tipo I y tipo II.

Según el DSM-IV se necesitan dos episodios de cualquier tipo para diagnosticar el TB a diferencia del CIE-10 que requiere la existencia de al menos dos episodios de alteración del humor, uno de los cuales es necesario que sea maniaco o hipomaniaco. Además el CIE- 10 no contempla el trastorno bipolar II como diagnóstico aparte (3).

El diagnóstico temprano es un punto crítico, ya que el suicidio en los pacientes bipolares generalmente ocurre en los primeros estadios (5).

3.8 Tratamiento.

3.8.1 Tratamiento farmacológico.

Un buen tratamiento en el trastorno bipolar es muy importante para evitar las graves consecuencias de esta patología, como puede ser por ejemplo; La tendencia suicida, el abuso de drogas y problemas legales (1).

- Tratamiento de episodios maníacos o mixtos a corto plazo (3):

Generalmente el tratamiento se hace en régimen de ingreso hospitalario por el elevado riesgo autolítico.

El tratamiento primordial son los eutimizantes, principalmente el litio aunque es un fármaco de acción lenta y muchas veces no es suficiente para contener la importante inquietud psicomotriz del paciente maníaco. En algunos casos es necesario añadir fármacos antipsicóticos que se deben dar a dosis bajas o moderadas y durante el menor tiempo posible. Se recomienda el uso de antipsicóticos atípicos:

- Risperidona.
 - Aripiprazol.
 - Quetiapina.
 - Olanzapina.
- Tratamiento de la depresión aguda (3):

Los TBP que experimentan síntomas depresivos leves, es posible no ofrecer fármacos en un principio, pero deben llevar un control semanal por el especialista y se les debe ofrecer un apoyo adicional en casa y en el colegio.

Si es necesaria la toma de medicación se combinará con la psicoeducación. Los fármacos utilizados para el tratamiento de la depresión aguda son:

- Fluoxetina, comenzando por 10 mg/d, e incrementando a 20 mg/d si es necesario.

- Utilizar un inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) alternativo (sertralina o citalopram) si no hay respuesta a la fluoxetina.
- Tratamiento a largo plazo (3).

El tratamiento de mantenimiento principal es el litio siendo imprescindible la realización periódica de litemias.

En pacientes con predisposición de episodios maníacos o de sintomatología psicótica puede ser útil un tratamiento antipsicótico de mantenimiento en general a dosis bajas, el más utilizado es el haloperidol.

Los padres y cuidadores deberían recibir apoyo para ayudar al paciente a mantener un estilo de vida regular. Un entorno estructurado, seguro y con una vida ordenada es primordial para prevenir las recaídas del TBP. El colegio del paciente debe estar informado (con el permiso del paciente y de sus padres) acerca del tratamiento, así los profesores y los padres o cuidadores pueden trabajar juntos.

3.8.2 Tratamiento no farmacológico.

Es importante dar información explícita sobre la enfermedad del trastorno bipolar pediátrico, ya que con un enfoque psicoeducativo se consigue:

- Incrementar la conciencia de enfermedad.
- Potenciar la adherencia al tratamiento.
- Entrenar en la detección precoz y manejo de pródromos.
- Fomentar hábitos de vida saludables evitando conductas de riesgo como el abuso de sustancias.
- Fomentar la regularidad de hábitos y el manejo del estrés.
- Entender las consecuencias negativas del consumo de tóxicos en la evolución del trastorno.
- Poder afrontar las consecuencias psicosociales de los episodios previos y prevenir las de los futuros.

En definitiva, con una psicoeducación se está dotando tanto al paciente como a la familia de habilidades para el manejo de la enfermedad (9).

La participación de las personas significativas en la vida del paciente, en particular la familia, en las intervenciones psicoeducativas permite que se generen apoyos efectivos al tratamiento y por otro lado permiten tener una aproximación al impacto de la enfermedad en la vida del paciente. Los estudios que han referido mejorías significativas en estos parámetros lo han hecho siempre a través de la mejoría del cumplimiento de la medicación ya que la mejor ayuda para el paciente es mantenerlo asintomático (10).

En la psicoeducación hay diferentes terapias que se pueden llevar a cabo, demostrando ser las más eficaces las terapias cognitiva conductual (TCC), dialéctica (TDC) y la familiar.

3.8.3 Terapia Cognitiva Conductual.

Se denominan terapias de corte cognitivo-conductual a aquellas modalidades de terapia que comparten técnicas cognitivas y emplean de forma sistemática técnicas conductuales.

La TCC parte de la reestructuración cognitiva como técnica fundamental para el cambio, pero al mismo tiempo incluye una variedad de técnicas conductuales que tienen como finalidad ayudar a completar dicho cambio. La intervención se centra en la modificación de conductas disfuncionales, pensamientos negativos distorsionados asociados a situaciones específicas y actitudes desadaptadas relacionadas con el objeto de intervención. La activación conductual es también un aspecto clave de la terapia cognitiva, haciendo un especial énfasis en la relación entre la actividad y el estado de ánimo.

La TCC adopta un formato estructurado, es limitada en el tiempo y se basa en el modelo cognitivo-conductual de los trastornos afectivos. La duración más frecuente oscila entre 15-20 sesiones de 50 minutos y de frecuencia aproximadamente semanal (8).

3.8.5 Terapia Cognitiva Conductual centrada en la familia.

La terapia familiar hace de las relaciones familiares el foco principal de su intervención. Se entiende la familia como un sistema en el que todos los miembros están interrelacionados, de forma que si uno de los miembros presenta un problema, los

demás miembros participan de alguna forma en su generación, mantenimiento y resolución. Se trata por tanto de un modelo que trata de comprender y encuadrar el comportamiento individual (que deja de ser el foco principal de intervención) en el contexto de las interacciones entre los diferentes miembros de la familia (8).

La psicoeducación en la familia está orientada a (11):

- Proporcionar información y apoyo emocional.
- Aumentar el cumplimiento terapéutico.
- Evitar el uso sustancias tóxicas.
- Profilaxis de recaídas.
- Disminuir el insomnio y la ansiedad.
- Reducir el riesgo suicida.
- Aumentar la calidad de vida.

3.8.6 Terapia dialéctica conductual.

La TDC es un modelo de terapia desarrollado por Linehan, específicamente para el tratamiento de pacientes con diagnóstico de trastorno límite de la personalidad y conducta suicida crónica, aunque su uso se ha extendido a otras poblaciones, como los pacientes con trastorno bipolar. Se encuadra en la tradición de la TCC. Es un tratamiento integrador cuya base fundamental es la teoría conductista, diferentes elementos de la terapia cognitiva y algunos aspectos de las terapias de apoyo.

Uno de los objetivos centrales de este modelo, que combina sesiones individuales, grupales y apoyo telefónico, es el tratamiento y la reducción tanto de las conductas autolesivas como de la conducta suicida (8).

3.9 Suicidio.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el suicidio se define como “un acto con resultado letal, deliberadamente iniciado y realizado por el sujeto, sabiendo o esperando su resultado letal y a través del cual pretende obtener los cambios deseados” y el parasuicidio, como “un acto sin resultado fatal mediante el cual, sin ayuda de otros, una persona se autolesiona o ingiere sustancias con la finalidad de conseguir cambios a través de las consecuencias actuales o esperadas sobre su estado físico” (8).

3.9.1 Epidemiología.

Según el Instituto Nacional de Salud Mental, en 2010, el suicidio fue la cuarta y tercera causa de muerte entre los jóvenes de entre 5-14 y 15-24 años, respectivamente (12).

En la actualidad, el suicidio se sitúa entre las quince primeras causas de muerte en el mundo y en algunos países es la segunda causa en el grupo de edad de 10 a 24 años y la tercera en los de 15 a 44. Su tendencia es ascendente, estimándose que en 2020 la cifra de suicidios consumados será de 1,53 millones. La tasa de suicidio en jóvenes se ha multiplicado por cuatro en Europa desde 1980 (12).

Según datos del Instituto Nacional de Estadística (INE), en España se suicidan nueve personas al día, siendo los varones (78,31%) más del triple que las mujeres (22,56%). Aunque las tasas de suicidio se sitúan entre las más bajas de Europa, hasta el año 2003 parecía existir en nuestro país una evolución ascendente. Sin embargo, a partir de 2004 la tendencia es estable o descendente, al igual que en Europa (8).

El trastorno bipolar, específicamente, tiene un altísimo riesgo de muerte prematura, estimado como 24 veces mayor que el de la población general. Entre el 25 y el 50% de los pacientes bipolares realizan al menos un intento de suicidio a lo largo de su vida y entre el 8-19% de los pacientes bipolares pediátricos morirán por suicidio (5). La letalidad de los intentos suicidas en pacientes bipolares es muy alta: la relación entre intentos de suicidio no consumados y suicidios consumados es de 5 a 1, contra una relación en el total de la población de aproximadamente 20 a 1 (8).

3.9.2 Factores de riesgo.

Los factores de riesgo se dividen en modificables y no modificables.

No modificables (6, 13):

- Historia familiar de suicidio.
- Sexo.
 - Las mujeres presentan tasas superiores de ideación suicida y de intentos de suicidio que los hombres. Sin embargo, los hombres realizan un mayor número de suicidios consumados.
- Edad.

- Adolescentes y adultos jóvenes.
- Edad geriátrica.
- Conducta suicida previa.

Modificables (6,13):

- Trastornos mentales tales como: ansiedad, trastorno bipolar, esquizofrenia.
- Salud física.
- Abuso de sustancias.
- Apoyo social.
 - La conducta suicida es más frecuente entre individuos solteros, divorciados, personas que viven solas o que carecen de apoyo social.

La enfermedad mental es el primer factor de riesgo suicida, especialmente entre jóvenes y a aproximadamente del 70% a 91 % de los jóvenes en ámbitos comunitarios que intentan o piensan en el suicidio son diagnosticados con un trastorno psiquiátrico (12).

En el meta-análisis de Harris y Barraclough se obtiene como resultado que el trastorno bipolar aumenta 15 veces el riesgo de suicidio. En el estudio realizado por López et al. 2007 se concluyó que el riesgo de suicidio en el trastorno bipolar estaba asociado a edad de inicio más temprana, comorbilidad con trastornos de ansiedad y abuso de sustancias (13).

4. Mapa conceptual.

Como se ha hablado a lo largo del presente trabajo el trastorno bipolar pediátrico es una enfermedad crónica, recurrente, grave e incapacitante.

Es indiscutible que el tratamiento farmacológico es vital para este tipo de pacientes, sin embargo, cualquier práctica clínica debe estar basada en la evidencia y considerando a la persona desde un punto de vista bio-psico-social.

El TBP es una patología que normalmente provoca un distanciamiento social, una reducción de la satisfacción con la vida, entre otros. Estos hechos como se ha comentado anteriormente son factores de riesgo para el intento autolítico. Así pues, en este apartado se va a realizar una revisión sistemática sobre el tratamiento no farmacológico

en el trastorno bipolar para poder así realizar una intervención que esté apoyada en la evidencia.

Terapia cognitiva conductual y el trastorno bipolar pediátrico.

Según la guía NICE la terapia cognitiva conductual y la terapia familiar es clínicamente efectiva para el tratamiento del TBP (9).

Para que la psicoeducación utilizando estas terapias sea efectiva, la guía incluye una serie de recomendaciones (9):

- La psicoeducación utilizando las terapias anteriormente nombradas debe tener una duración de entre seis y nueve meses como mínimo.
- Se debe realizar un seguimiento posterior de nueve meses.
- Los objetivos que debe cumplir son: Recuperación clínica y recuperación personal.
- Los pacientes deben de estar en fase de eutimia al realizar la psicoeducación.
- Los niños y adolescentes deben tener reuniones separadas de sus padres y cuidadores con un profesional de la salud mental.
- Los padres o cuidadores deben participar en el desarrollo de las intervenciones para sus hijos para que puedan dar su consentimiento informado, apoyar los objetivos psicológicos del tratamiento, y ayudar a asegurar una adherencia al tratamiento.

Tanto los autores Lam et al del año 2009 como Hofman et al en el año 2012 llegaron a la misma conclusión en sus respectivos artículos. La TTC es clínicamente efectiva en el tratamiento del trastorno bipolar para **prevenir o retrasar recaídas** (14).

Colom et al en el año 2005 y Rouget et al en el año 2007, también concluyeron que la TTC es una buena herramienta para evitar o retrasar recaídas del TBP, además los autores afirman que la TTC ayuda a los pacientes y sus familiares a **conocer más la enfermedad** y la **identificación de los pródromos** y conocer la importancia de tener un **estilo de vida ordenado y estructurado** (15,16).

Los autores West et al. en el año 2009 llevaron a cabo un estudio piloto donde aplicaron la TTC a familiares y niños con TBP de edades comprendidas entre seis y doce años. El estudio dio como resultados una **mejoría significativa en el funcionamiento psicosocial** del niño, los familiares conocieron más la enfermedad y pudieron así saber

manejarla correctamente, ***aumentando el bienestar general del niño y sus familiares*** (17).

Las sesiones psicoeducativas con un ***abordaje grupal en la terapia cognitiva conductual*** es importante según los autores Castel et al. ya que puede ***reducir la sintomatología, las hospitalizaciones y las recaídas*** (18).

Terapia familiar y trastorno bipolar pediátrico.

El núcleo familiar del paciente sufre un gran impacto y un gran desgaste. Las familias generalmente, no entienden la enfermedad y/o los síntomas del paciente. Esto genera una confrontación entre el paciente y su familia que se traduce en ansiedad, soledad y riesgo de suicidio para el paciente con TBP (19).

Los autores Miklowitz et al. en el año 2003 estudiaron la efectividad de la psicoeducación individual combinada con la familiar y concluyeron que la ***psicoeducación familiar retrasa las recaídas y reduce los síntomas depresivos*** (20).

Gutiérrez-Rojas et al en su artículo citando a Colom et al. en el año 2004 afirma que la psicoeducación familiar es una pieza clave en el tratamiento de los TBP, ya que da ***herramientas a la familia para afrontar la enfermedad, disminuye el estrés familiar y aumentando el funcionamiento social y ocupacional y aumentando la calidad de vida, lo que se traduce con una disminución del abuso de sustancias, del incumplimiento terapéutico, de las recaídas y del riesgo de suicidio.*** Los autores Gutiérrez-Rojas et al en su artículo también cita a Reinares et al. para poder afirmar que la ***psicoeducación familiar es más efectiva en los estadios iniciales de la enfermedad,*** por lo tanto, es primordial empezar en la mayor brevedad posible (10).

Los autores Perlick et al. en el año 2010 realizaron un estudio donde pretendía averiguar la eficacia de la terapia familiar, se concluyó que ***disminuía la carga de familiar y mejoraba la calidad de vida del paciente y la familia*** (21).

Miklowitz et al en el año 2012 realizó un estudio sobre la psicoeducación familiar en niños con trastorno bipolar. La psicoeducación la dividió en cuatro fases con un total de 21 sesiones y nueve meses de duración. Los responsables de la terapia fueron un profesional sanitario previamente formado como puede ser el personal de enfermería y junto un psiquiatra que se encargaba de la farmacología.

Las cuatro fases se dividían en:

- Compromiso: Donde el objetivo terapéutico es conectar con el paciente y sus familiares y transmitir información sobre la estructura y las expectativas de la psicoeducación.
- Psicoeducación: La información sobre el trastorno bipolar y resolución de dudas es el objetivo de esta fase.
- Comunicación: Los pacientes y sus progenitores aprenderán a comunicarse y a realizar una escucha activa. Se aprenden habilidades de comunicación.
- Resolución de problemas: Tanto el paciente como la familia aprenderán a gestionar y resolver las posibles situaciones difíciles a las que se puedan enfrentar.

En el estudio se demostró que la psicoeducación familiar es efectiva para la **estabilización de los pacientes bipolares, así como reducción del estrés tanto del familiar como del paciente y la disminución de conflictos familiares**, lo que se traduce en una mejoría de la relación entre la familia y el paciente (11).

Suicidio y psicoeducación.

El estudio piloto de los autores Goldstein et al. en el año 2007 se realizó durante doce meses, los primeros seis meses se aplicó psicoeducación individual con el paciente en 24 sesiones y en los posteriores seis meses se realizó con el paciente y la familia en 12 sesiones más. Los resultados de este estudio mostraron estadísticamente mejoría en las tendencias suicidas de los participantes del estudio, es decir, la **psicoeducación reducida la tendencia suicida** del sujeto (22).

Los autores Algorta et al. demostraron que un **entorno familiar conflictivo, estresante, donde los TBP no puedan sentirse apoyados y comprendidos aumenta a la tendencia suicida de estos** (23).

La Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida citando al metanálisis realizado por Tarrier et al. en el año 2008 señala que la TCC reduce la tendencia suicida. El metanálisis refiere que la **psicoeducación mitad individual mitad grupal, es más efectiva que la psicoeducación exclusivamente individual** (8).

La Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida citando a la revisión sistemática de Guilé et al. concluyó que la **terapia dialéctica conductual** es

específicamente efectiva en la reducir la tendencia suicida de los adolescentes bipolares (8).

Evidencia sobre la psicoeducación llevada a cabo por el personal de enfermería.

Según los autores Crowe et al. el tratamiento farmacológico para tratar un TBP es insuficiente debido a las altas tasas de no adhesión, afirman que la psicoeducación es una pieza fundamental en el tratamiento de estos pacientes y aconsejan que el personal que lleve a cabo la psicoeducación sea el personal de enfermería, ya que son los profesionales sanitarios que más tiempo pasan con el paciente y por lo tanto quiénes tienen un mayor vínculo con este. Según los autores el manual más efectivo y adecuado para las enfermeras que llevan a cabo la psicoeducación en estos pacientes, es el descrito por Colom et al en el año 2006 (24). La intervención descrita en el manual recomienda una duración de 21 sesiones repartidas en 1 año, las sesiones deberían durar una hora y media aproximadamente. En el manual se recomienda que el grupo de pacientes no sea superior a 14 niños y que estos lleven en fase de eutimia seis meses como mínimo. Esta intervención esta descrita para ser llevada a cabo por enfermeras especializadas en salud mental (25). Esta intervención realizada por el personal de enfermería, consiguió una reducción de las recaídas, una mejor conciencia de la enfermedad en los pacientes a los que se les realizó (24).

Rouget et al. en su revisión sistemática sobre la psicoeducación en los TBP también sostiene que el personal de enfermería tiene las herramientas necesarias para llevar a cabo la psicoeducación (26).

Tabla 1. Evidencia de estudios originales sobre psicoeducación en TBP

Autor	Población	Intervención	Resultado
West et al. (2009)	15 niños y 11 niñas con TBP de edad entre 6 y 12 años.	La intervención consistió en realizar una psicoeducación utilizando la TTC adyuvante al tratamiento farmacológico. Se realizó durante 12 semanas con una sesión por semana. Los familiares de los sujetos también fueron involucrados en la intervención e informaban al responsable de la intervención las mejorías que veían en sus hijos.	<u>Sujetos:</u> Los síntomas de manía se redujeron significativamente después del tratamiento. El funcionamiento psicosocial de los sujetos obtuvo mejoría post tratamiento, según los familiares de estos. <u>Familias:</u> Post tratamiento se sentían mayor capacitadas para afrontar la enfermedad del sujeto.
Perlick et al. (2010)	46 familiares de pacientes con TBP.	La intervención se centró en el cuidador principal del paciente con trastorno bipolar. Se realizaron 15 sesiones a 25 familiares donde se utilizó la TCC y 8 sesiones a 21 familiares en las cuales se llevó a cabo la TDC. Todas las sesiones estaban enfocadas a dar al cuidador principal herramientas para el manejo de la enfermedad. Se evaluó la eficacia de la intervención post tratamiento y a los seis meses posteriores.	Los familiares redujeron sus síntomas depresivos post intervención. Disminuyó la carga familiar post tratamiento. No se observaron diferencias significativas entre la TDC y la TCC a nivel de efectividad.
Goldestein et al. (2007)	10 niños con TBP de edad comprendida entre 14-18 años.	La intervención tuvo una duración de un año y medio. Los primeros seis meses se hicieron el tratamiento agudo con 24 sesiones de 60 minutos de duración, se dividió en 12 sesiones grupales y 12 sesiones individuales. El año restante fue el periodo de mantenimiento con 12 sesiones. Se realizó psicoeducación como complemento	La intervención obtuvo como resultado una mejoría significativa en las tendencias suicidas de los participantes, los síntomas depresivos también se redujeron significativamente en los sujetos. Sin embargo no se encontraron datos significativos en la

		<p>adyuvante al tratamiento, utilizando la TDC.</p> <p>El objetivo de la intervención era la disminución de los síntomas, reducir el número de medicamentos que necesita tomar el paciente para estar en eutimia y disminuir la tendencia suicida.</p>	<p>disminución del número de medicamentos.</p> <p>La satisfacción de los participantes fue muy elevada.</p>
--	--	--	---

5. Justificación.

Según la organización mundial de la salud el TB es la cuarta causa de discapacidad en los adolescentes (2). En Europa el TB ostenta el tercer puesto en el ranking de enfermedades que más carga familiar generan (11).

El 50 % de los episodios bipolares duran entre 2 y 7 meses (mediana de 3 meses), lo que supone una gran interferencia en la vida diaria de los pacientes bipolares, así como un gran impacto económico para la familia pues perjudica gravemente el desempeño laboral del cuidador principal (10).

Recursos sanitarios destinados al TBP.

El trastorno bipolar es una de las enfermedades mentales que más gasto supone al sistema sanitario. El Instituto Nacional de Salud Mental de EEUU calculó que el coste del TB era de 45 millones de dólares (10). Según un estudio en Inglaterra, la longitud media de la estancia hospitalaria es de 58 días para los pacientes con trastorno bipolar (23).

El suicidio es la más grave complicación de los trastornos mentales y uno de los mayores problemas de salud pública para el que aún no se han encontrado respuestas suficientes, genera gastos sanitarios valorados en miles de millones de dólares anuales, tanto en asistencia directa al suicida como en la asistencia de secuelas de suicidios frustrados (13).

Tal y como se descrito anteriormente el TBP es una enfermedad grave, incapacitante que genera una gran carga familiar y una disminución de la calidad de vida del paciente y sus familiares. El problema más grave que supone el TBP es el riesgo de suicidio. La intervención descrita a continuación se ha diseñado para disminuir la carga familiar, mejorar la relación del paciente con sus familiares y ayudar al paciente y su familia a tener más conciencia de su enfermedad. Con estas acciones se ha demostrado que la calidad de vida del paciente y la familia se ve aumentada, disminuyendo el número de ingresos y recaídas, mejorando la adhesión al tratamiento y disminuyendo el riesgo de suicidio. Es decir, la intervención que se ha realizado no solo beneficiará al paciente y a su familia, sino que también disminuirá el gasto sanitario que el paciente produce.

6. Objetivos:

Objetivos principales:

- Reducir en un 5% el intento de autolisis en TBP.

Objetivos secundarios:

- Mejorar la relación del paciente con su familia en 10 puntos. La relación familia-paciente será medida con la escala de ambiente familiar (27), descrita en el anexo 3.
- Aumentar en cinco puntos los conocimientos de la familia y el paciente en el TBP.
- Reducir la prevalencia suicida en TBP en un 1%.

7. Metodología.

7.1 Población.

La población diana que entrará en el proceso de la intervención serán niños y adolescentes entre 12 y 18 años diagnosticados de trastorno bipolar pediátrico.

Los profesionales sanitarios que deberán llevar a cabo esta intervención serán enfermeros/as especializadas en salud mental y previamente formadas.

La intervención constará a priori de 21 sesiones repartidas en un periodo de nueve meses, de tiempo estimado 1:30h, dos veces por semana, pudiendo haber excepciones según el criterio del profesional encargado de la intervención, si al concluir la intervención los objetivos principales o secundarios no se han alcanzado se revalorará la situación y se podrán añadir tantas sesiones como el profesional crea necesarias siguiendo siempre las directrices pautadas. Al finalizar la intervención se realizará un seguimiento de nueve meses del paciente para comprobar que los objetivos marcados en la intervención siguen cumpliéndose.

Los pacientes que deseen formar parte de la intervención deben firmar un consentimiento informado, en este caso al tratarse de menores de edad sus padres o tutor legal debe firmarlo.

Los pacientes y familiares que formen parte de la intervención deberán firmar un acuerdo de confidencialidad para garantizar el derecho a la intimidad de los otros pacientes y familiares que también formen parte de dicha intervención.

El centro donde se llevará a cabo esta intervención es en Lleida el Centre de Salut Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ).

Criterios de exclusión:

- Pacientes con TDAH concomitantes al TBP.
- Pacientes que han sobrevivido a un intento de suicidio.
- Pacientes con enfermedad terminal concomitante con TBP.
- Pacientes sin círculo familiar cercano. (Huérfanos).
- Pacientes que no hayan firmado el consentimiento informado o el acuerdo de confidencialidad.
- Pacientes que no estén en fase de eutimia.

7.2 Preguntas.

La intervención deberá ser capaz de responder a las preguntas que se describen a continuación:

- ¿La psicoeducación puede mejorar la relación entre el paciente y su familia?
- ¿Se puede disminuir la tasa de suicidio en los TBP utilizando psicoeducación?
- ¿Es importante el conocimiento sobre la enfermedad que tiene el paciente y la familia de este para mejorar su relación intrafamiliar?

7.3 Metodología de búsqueda.

La búsqueda de bibliografía se ha llevado a cabo entre los meses de noviembre a mayo del año 2015.

Las bases de datos consultados han sido: Pubmed, Scielo, Google Scholar, Cinahl.

Las páginas webs de las que se ha extraído información han sido: Medline, OMS e INE.

Se han utilizado Medical Subject Heading (MeSH) unidos por los operadores booleanos AND, OR y NOT para la búsqueda bibliográfica.

Los Mesh consultados: Trastorno bipolar pediátrico, intervenciones psicoeducativas, terapia cognitiva conductual en bipolares, impacto emocional, padres con hijos bipolares, impacto familiar, sobrecarga del cuidador en pacientes bipolares, factores de riesgo, suicidio, ideación suicida.

Mesh consultados en inglés: Bipolar disorder, child, cognitive Behavioral Therapy, treatment, family, efficacy, adolescents, incidence, interventions, predictors, prevalence, risk factors, suicidal ideation, suicidality, suicide attempt.

Criterios de inclusión:

- Se incluyen los estudios pilotos, las revisiones sistemáticas, los meta análisis, las guías prácticas.
- La población de los artículos debe centrarse en niños y adolescentes de edades comprendidas entre los 6-18 años de edad.
- El idioma de las publicaciones es inglés y español.
- El tema de los estudios son las intervenciones psicoeducativas orientadas a niños bipolares y su familia.

Criterios de exclusión:

- Artículos de más de 15 años de antigüedad.

8. Intervención.

A continuación se presenta el cronograma de la intervención diseñada.

Tal y como dice la evidencia se ha realizado una intervención de 21 sesiones repartidas en un año (9, 11, 25) con una duración de 1:30h cada sesión (25).

La intervención está basada en la evidencia citada anteriormente en el mapa conceptual.

Tabla 2. Cronograma de la intervención

SESIÓN 1. CONFIANZA.		
Actividades a realizar.	Descripción Actividad.	Duración de la sesión.
<ul style="list-style-type: none">• Reunirse con el sujeto para empezar a construir la relación paciente – profesional.• Test sobre los conocimientos que se tiene sobre la enfermedad.	<ul style="list-style-type: none">• Se explica al paciente la intervención a realizar.• Conseguir un espacio de tranquilidad y confianza para construir una buena relación profesional con el paciente.• Se habla con el paciente con el objetivo de saber el grado de conocimiento de este sobre su enfermedad y se realiza el test seleccionado, preguntaremos como sobrelleva su patología, sentimientos, miedos, frustraciones.• Se preguntará al paciente cómo se siente con respecto a su situación familiar y pasaremos el cuestionario que mide las relaciones intrafamiliares. Para ello se	1h 30'

<ul style="list-style-type: none"> • Conocer la relación familiar. (Cuestionario) • Averiguar si existen pensamientos suicidas. (Se pasará escala) 	<p>utilizará la escala FES (27).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se averiguará si existen pensamientos suicidas con preguntas hechas desde la empatía y la calidez. • Se realizará una entrevista clínica y una anamnesis con un correcto juicio clínico además pasaremos la Escala de riesgo suicida de Plutchick (28), la cual se puede encontrar en el anexo 3, que nos servirá de apoyo a la hora de establecer el riesgo que tiene el paciente de suicidarse. 	
SESIÓN 2 CONFIANZA		
Actividades a realizar.	Descripción Actividad.	Duración de la sesión.
<ul style="list-style-type: none"> • Reunirse con la familia. • Test sobre los conocimientos que se tiene sobre la enfermedad. • Conocer la relación familiar. (Cuestionario) 	<p>Se explicará a la familia la intervención a realizar.</p> <p>Se averiguará el grado de conocimiento sobre la patología del familiar a través del test seleccionado que podemos encontrar en el anexo 4.</p> <p>Se pasará la encuesta seleccionada sobre la relación familiar y descartaremos un posible riesgo de claudicación.</p> <p>Se realizará una adaptación del cuestionario Parental Stress Scale creada por Berry & Jones (1995) para averiguar el grado de estrés de los progenitores (29). Se puede encontrar en el anexo 5.</p> <p>Se resolverán dudas acerca de la intervención que se va a llevar a cabo.</p> <p>Escucha activa y resolución de dudas sobre cualquier tema que quieran tratar.</p>	1,30h

SESIÓN 3 PSICOEDUCACIÓN		
Actividades a realizar.	Descripción Actividad.	Duración de la sesión.
Apoyo grupal a los pacientes con TBP.	<p>Se reunirán los pacientes con la misma patología con el fin de que se sientan comprendidos y menos solos. Así se fomentará la integración social.</p> <p>Se hablará sobre las emociones que tienen los pacientes.</p> <p>Se explicará la patología, sus síntomas, la medicación para que puedan entender su enfermedad.</p>	1:30h
SESIÓN 4 PSICOEDUCACIÓN		
Actividades a realizar.	Descripción Actividad.	Duración de la sesión.
Apoyo grupal a los familiares con pacientes bipolares.	<p>Se reunirán los familiares de los pacientes con TBP para que conozcan otras situaciones similares a las suyas y que puedan ayudarse mutuamente.</p> <p>Se explicará la patología, sus síntomas y la medicación para que puedan entender el TBP.</p>	1:30h
SESIONES 5,10, 13, 16 ESTABLECER RUTINAS. RECONOCER SENTIMIENTOS.		
Actividades a realizar.	Descripción Actividad.	Duración de la sesión.

		sesión.
Se reúne el paciente nuevamente a solas con el profesional sanitario.	<p>Se averiguará si el paciente ha mejorado la relación con su familia, si se encuentra mejor consigo mismo y con las personas que le rodean.</p> <p>Se preguntará acerca del grado de satisfacción de la intervención.</p> <p>Se darán pautas para manejar la frustración y aprender en la resolución de problemas que pueden presentarse en la vida diaria.</p> <p>Se hablará de los sentimientos del paciente y se enseñara a manejar los pensamientos y/o sentimientos negativos.</p> <p>Se realizará una escucha activa del paciente y resolvemos sus dudas.</p>	1:30h
<p align="center">SESIONES 6, 8, 11, 14, 17</p> <p align="center">APOYO SOCIAL Y REFLEXIÓN.</p>		
Actividades a realizar.	Descripción Actividad.	Duración de la sesión.
Apoyo grupal a los pacientes con TBP.	<p>Se preguntarán y resolverán dudas sobre la enfermedad y sus características.</p> <p>Escucha activa de los participantes y fomentar la ayuda entre ellos.</p> <p>Se realizaran juegos de equipo para fomentar la integración de los participantes y aumentar el apoyo social.</p> <p>Al final de la sesión los participantes reflexionaran sobre la experiencia grupal.</p>	1:30h

SESIONES 7, 9, 12, 15, 18 HABILIDADES DE COMUNICACIÓN Y RESOLUCIÓN PROBLEMAS.		
Actividades a realizar.	Descripción Actividad.	Duración de la sesión.
Apoyo grupal a los familiares con pacientes bipolares.	<p>Se resolverán dudas y sobre la enfermedad y sus características.</p> <p>Las familias que lo deseen explicarán sus avances o no con la intervención.</p> <p>Se darán pautas para saber cómo gestionar la enfermedad del paciente, para evitar las confrontaciones directas y para sobrellevar la enfermedad.</p> <p>Las familias explicarán casos en los que haya habido confrontación con el paciente y entre los participantes y el profesional sanitario se corregirá las maneras de actuación para poder mejorar en el trato con el paciente.</p>	1:30h
SESIÓN 19		
Actividades a realizar.	Descripción Actividad.	Duración de la sesión.
<ul style="list-style-type: none"> • Reunión con el paciente y el profesional sanitario. • Test sobre los conocimientos que se tiene sobre la enfermedad post 	<p>Se cerrará el vínculo profesional- paciente. Se garantizará ayuda al paciente en cualquier otro momento aunque la intervención haya finalizado.</p> <p>Se pasará el test seleccionado para medir los conocimientos sobre la enfermedad bipolar que tiene el paciente.</p> <p>Se preguntará sobre la relación familiar y si esta ha mejorado. Se pasará el test seleccionado para medir la relación intrafamiliar.</p>	1:30h

<p>intervención.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Conocer la relación familiar post intervención (Cuestionario) • Averiguar si existen pensamientos suicidas post intervención. 	<p>Se volverá a pasar al paciente el screening sobre la ideación suicida para averiguar si existen pensamientos relacionados con el suicidio.</p>	
SESIÓN 20		
Actividades a realizar.	Descripción Actividad.	Duración de la sesión.
<ul style="list-style-type: none"> • Reunirse con la familia. • Test sobre los conocimientos que se tiene sobre la enfermedad post intervención. • Conocer la relación familiar post intervención. (Cuestionario) 	<p>Reunirse con la familia para finalizar la intervención.</p> <p>Se averiguará el grado de conocimiento sobre la patología del familiar a través del test seleccionado.</p> <p>Pasaremos la encuesta seleccionada sobre la relación familiar y miraremos si está ha mejorado.</p>	1:30h

SESIÓN 21		
Actividades a realizar.	Descripción Actividad.	Duración de la sesión.
Reunir paciente con familia.	Se les ayudará a expresar las emociones y los animaremos a hablar entre ellos. Nos despediremos de la familia y el paciente.	1:30h

9. Consideraciones éticas.

En toda intervención hay que considerar la ética esta palabra es definida como el estudio de las normativas morales en términos de sus supuestos, orígenes y sus cambios en el tiempo, los autores de dichos cambios y de las propias normas, así como los procesos de vigilancia social para su cumplimiento y reproducción.

La bioética es una derivación de la ética. Van Rensselaer Potter utilizó por primera vez en 1970 el término de bioética y la definió como "Nueva sabiduría que proporciona el conocimiento de cómo usar el conocimiento para el bien social" (30).

Los cuatro principios básicos por los que se rige la bioética son:

Beneficencia:

Es la obligación de hacer el bien. No se puede buscar hacer un bien a costa de hacer un daño; por ejemplo, el experimentar en humanos por el 'bien de la humanidad', no se puede hacer sin contar con el consentimiento de los sujetos, y menos sometiéndolos a riesgos o causando daño (30).

La intervención no incumplirá en ningún momento este principio bioético, pues todas las sesiones se realizarán desde la evidencia y no serán perjudiciales para el paciente.

No maleficencia:

Consiste en el respeto de la integridad del ser humano y en la buena práctica médica (30).

Este principio no será incumplido ya que la intervención a realizar estará basada en la evidencia científica y los profesionales sanitarios que impartirán las sesiones serán enfermeros acreditados y previamente formados en el ámbito a tratar.

Justicia:

Consiste en el reparto equitativo de cargas y beneficios en el ámbito del bienestar vital, evitando la discriminación en el acceso a los recursos sanitarios (31).

En ningún caso discriminamos a los pacientes para acceder a esta intervención. Cualquier paciente que cumpla los criterios de inclusión será aceptado para realizar dicha intervención independientemente de su clase social, raza, sexo...

Autonomía.

Se entiende en bioética la capacidad de realizar actos con conocimiento de causa y sin coacción (31).

El consentimiento informado y el acuerdo de confidencialidad podrían ser dos documentos que vulneren el principio de autonomía, ya que sin estos documentos no podrían acceder a la intervención. Es importante que el profesional sanitario que lleve a cabo la intervención explique la importancia de dichos documentos sin coaccionar ni obligar a firmarlos, el paciente y su familia debe comprender la importancia de estos para poder firmarlos libremente sin sentirse obligados.

Si el profesional sanitario detecta un riesgo de suicidio inminente informará a la persona correspondiente para que se tomen las medidas necesarias. En este caso podría tratarse de un internamiento involuntario.

Internamiento involuntario en caso de riesgo suicida es una de las excepciones de la Ley de Autonomía del paciente y sólo sería posible si existe un riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del paciente y no es posible conseguir su autorización. Requerirá autorización judicial. Ésta será previa al internamiento, salvo que por razones de urgencia se hiciese necesaria la inmediata adopción de la medida, de la que se dará cuenta cuanto antes al Juez y, en todo caso dentro del plazo de 24 horas.

Cualquier persona puede pedir un internamiento involuntario poniendo en conocimiento del ministerio fiscal o del juez la existencia de un individuo que por riesgo a sí mismo o hacia terceros precise esta medida. Precisa de informe realizado por cualquier facultativo en la que conste la necesidad de ingreso (32).

Confidencialidad.

Derecho a la intimidad:

Secreto profesional: toda persona tiene derecho a que se respete el carácter confidencial de los datos referentes a su salud, y a que nadie pueda acceder a ellos sin previa autorización amparada por la ley.

Excepciones al secreto profesional:

- Conocimiento de la existencia de un delito
- Presencia de enfermedad infecto-contagiosa y riesgo grave para terceras personas o para la salud pública
- Riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo y no es posible conseguir su autorización (estado de necesidad).
- Declaración como imputada, denunciada o acusada.
- Informes a otro compañero, incluida inspección médica (secreto compartido).

En nuestra intervención garantizaremos la confidencialidad de todo lo que suceda en las sesiones realizadas (32).

Algunas sesiones son compartidas con otros enfermos bipolares y sus familias, para garantizar el derecho a la intimidad de todos los enfermos y familiares, cada paciente y familia que participe en la intervención firmarán un acuerdo de confidencialidad.

Normativa suicidio.

El suicidio en España no está penado aunque sí lo está en otros países donde se considera a la persona como un bien o propiedad del Estado. Lo que sí está castigado por el Código Penal (CP) en su artículo (Art.) 143.1 y 2 es la inducción al suicidio (4-8 años de prisión) y la cooperación al suicidio, siempre que se haga con actos necesarios (2-5 años de prisión) (33).

Comité de ética.

Para garantizar el cumplimiento de estos principios bioéticos la intervención a realizar tendrá la bendición de un **comité de ética**, tanto asistencial como de investigación.

10. Evaluación de la intervención.

Para poder saber si los objetivos planteados al comienzo de la intervención han sido alcanzados, se necesitan herramientas que puedan medir los resultados.

- El principal objetivo de la intervención es reducir en un 5% los intentos de autolisis de los pacientes diagnosticados con TBP, para ello se ha diseñado una fórmula matemática.

Los datos serán proporcionados por el CSMIJ de Lleida, el centro donde se lleva a cabo la intervención.

Pre-intervención:

- Número de pacientes con TBP intento de suicidio/ Número de pacientes con TBP.
 - El resultado de esta división nos dará "A".

Post- intervención:

- Número de pacientes con TBP con intento de suicidio/ Número de pacientes con TBP.
 - El resultado de esta división será "B".

El objetivo estará cumplido si "B" es un 5% más bajo que "A".

- Uno de los objetivos secundarios es el de aumentar en cinco puntos los conocimientos de la familia y el paciente en el TBP. Para ello, se ha elaborado un cuestionario basado en la evidencia científica el cual será cumplimentado por la familia y el paciente antes y después de realizar la intervención.

El cuestionario constará de 30 preguntas acerca del TBP y las respuestas tendrán dos opciones (verdadero y falso) y algunas serán preguntas abiertas.

Para alcanzar el objetivo propuesto al final de la intervención la familia y el pacientes adheridos al programa deberán acertar cinco preguntas más de las que acertaron antes de someterse a la intervención.

- Otro de los objetivos secundarios es el de mejorar la relación del paciente con su familia en 10 puntos. El cuestionario utilizado para medir las relaciones interfamiliares es la escala FES creada por Rudolph Moos en el año 1974 y adaptada al castellano que mide la percepción de cada miembro de la familia sobre diferentes aspectos de la vida familiar, haciendo referencia a toda la familia. Es un cuestionario

autoaplicado que consta de 90 ítems con dos opciones de respuesta (verdadero o falso) (27).

El objetivo estará cumplido si el resultado de la escala FES en la post-intervención es superior en 10 puntos al resultado de la escala FES en la pre-intervención.

- El último objetivo secundario es el de reducir en un 1% la prevalencia suicidia en trastornos bipolares pediátricos. Según la bibliografía revisada entre el 8-19% de los TBP mueren por suicidio (5). El CSMIJ proporcionará el porcentaje de pacientes con TBP que han muerto por autolisis.

Para comprobar que el objetivo se haya alcanzado se ha diseñado la siguiente fórmula matemática.

Pre-intervención:

- Número de pacientes con TBP difuntos a causa del suicidio/ Número de pacientes con TBP.
 - El resultado de esta división nos dará "C".

Post- intervención:

- Número de pacientes con TBP difuntos a causa del suicidio/ Número de pacientes con TBP.
 - El resultado de esta división será "D".

El objetivo estará cumplido si "D" es un 1% más bajo que "C".

11. Discusión.

Como se ha comentado a lo largo del presente trabajo, el TBP es una enfermedad grave y que conlleva a un riesgo de suicidio.

La bibliografía consultada sostiene que un tratamiento farmacológico no es suficiente para tratar a estos pacientes, siendo la psicoeducación la herramienta más eficaz para complementar el tratamiento farmacológico.

Al no poder llevar a cabo la intervención desarrollada en el trabajo no se puede saber su nivel de efectividad.

Las dificultades que se podrían encontrar al llevarla a cabo podrían ser la dificultad de hacer comprender a los padres la importancia de la participación en esta intervención,

ya que la psicoeducación no es tan conocida como el tratamiento farmacológico para tratar a estos pacientes y debido al desconocimiento sobre esta terapia es posible que los progenitores de los pacientes con TBP nieguen la participación de sus hijos en esta intervención. Esta dificultad podría solventarse dando una buena información sobre la psicoeducación a los padres de estos pacientes, haciendo hincapié en los muchos efectos beneficiosos que conlleva.

Otra de las limitaciones que se puede encontrar en la intervención cuando sea llevada a cabo es la claudicación de las enfermeras que sean responsables de la intervención. Es posible que debido a la gran carga de trabajo las enfermeras especialistas responsables de esta intervención pierdan la motivación y la psicoeducación sea poco efectiva. Para solucionarlo sería necesaria la exclusividad de la enfermera responsable de la psicoeducación a realizar la intervención únicamente.

Esta intervención ha sido diseñada a través de la evidencia encontrada y la bibliografía más relevante. Es totalmente aplicable a la práctica clínica.

12. Conclusiones.

La realización de este trabajo me ha servido para profundizar sobre el tema del trastorno bipolar pediátrico, una enfermedad poco conocida en niños y adolescentes y sobre la que poca gente quiere hablar.

Los niños son nuestro bien más preciado y se les intenta proteger a toda costa, sin embargo, la sociedad aún estigmatiza a las enfermedades mentales y más aún si los que los sufren son menores de edad. Es por ello, que el trastorno bipolar pediátrico es una enfermedad mental que genera mucho miedo, frustración, vergüenza y rabia a las familias de estos pacientes.

La salud mental siempre me ha generado mucha curiosidad e interés. Estaba deseando que llegaran las prácticas del cuarto curso de mi carrera para poder ir a un centro de salud mental y ver cómo era la práctica enfermera con estos pacientes. Me quedé tan impactada en el transcurso de esas prácticas que decidí hacer mi trabajo de fin de grado sobre la enfermedad mental, concretamente en los niños y adolescentes que sufren trastorno bipolar.

Ha sido un trabajo con el que he disfrutado y aprendido mucho.

Me gustaría en un futuro retomarlo e intentar llevar a cabo la intervención desarrollada en el trabajo.

13. Bibliografía.

- (1) American Psychiatric Association (APA). (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR. Barcelona: Masson.
- (2) Birmaher B. Bipolar disorder in children and adolescents. *Child Adolesc Ment Health*. 2013; 1(3):18.
- (3) Grupo de Trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar. Guía de Práctica Clínica sobre Trastorno Bipolar. Madrid: Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Universidad de Alcalá. Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2012. UAH /AEN Núm. 2012.
- (4) Goossens P, Beentjes T, Leeuw J, Klein E, Achterberg T. The Nursing of Outpatients with a Bipolar Disorder: What Nurses Actually Do. *Arch Psychiatr Nurs*. 2008; 22 (1): 3–11.
- (5) Goldstein T. Suicidality in Pediatric Bipolar Disorder. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 2009; 18(2): 339–viii.
- (6) Goldstein T, Birmaher B, Axelson D, Goldstein B, Gill M. Family Environment and Suicidal Ideation Among Bipolar Youth. *Arch Suicide Res*. 2009; 13(4): 378.
- (7) Méndez I, Birmaher B. Pediatric Bipolar Disorder: Do we know how to detect it? *Actas Esp Psiquiatr*. 2010; 38(3): 170-182.
- (8) Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. I. Evaluación y Tratamiento. Guía de Práctica Clínica de Prevención y Tratamiento de la Conducta Suicida. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Axencia de Avaliación de Tecnoloxías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2010. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2010/02.
- (9) National Institute for Health and Clinical Excellence. Bipolar disorder. The management of bipolar disorder in adults, children and adolescents, in primary and secondary care. The British Psychological Society and Gaskell; 2015.
- (10) Guitierrez L, Martinez JM, Rodriguez F. La sobrecarga del cuidador en el trastorno bipolar. *Anales de psicología*. 2013; 29(2): 624-632.
- (11) Miklowitz D. Family-Focused Treatment for Children and Adolescents with Bipolar Disorder. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 2012; 49(2): 95–101.

- (12) Hauser M, Galling B, Correll C. Suicidal ideation and suicide attempts in children and adolescents with bipolar disorder: a systematic review of prevalence and incidence rates, risk factors, and targeted interventions. *Bipolar Disord.* 2013; 15(5): 507–523.
- (13) López P, González-Pinto A, Mosquera F, Aldama A, González C, Fernández de Corres B, et al. Estudio de los factores de riesgo de la conducta suicida. Análisis de la atención sanitaria. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco, 2007. Informe nº: Osteba D-07-02.
- (14) Hoffman S, Asnaani A, Imke M.A, Vonk J.J., Sawyer A, Fang A. The Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy: A Review of Metaanalyses. *Cognit Ther Res.* 2012; 36(5): 427–440.
- (15) Colom F, Lam D. Psychoeducation: improving outcomes in bipolar disorder. *Eur Psychiatry.* 2005; 20(5-6): 359-64.
- (16) Rouget BW, Aubry JM. Efficacy of psychoeducational approaches on bipolar disorders: a review of the literatura. *J Affect Disord.* 2006; 98(1-2):11-27.
- (17) West A, Jacobs R, Westerholm R, Lee A, Carbray J, Heidenreich J. Child and Family-Focused Cognitive-Behavioral Therapy for Pediatric Bipolar Disorder: Pilot Study of Group Treatment Format. *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2009; 18 (3): 239-246.
- (18) Castle D, White C, Chamberlain J, Berk M, Berk L, Lauder S, Murray G, Schweitzer I, Piterman L y Gilbert M. Group-based psychosocial intervention for bipolar disorder: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry.* 2010; 196 (5): 383-383.
- (19) Keenan-Miller D, Peris T, Alexon D, Kowatch R, Miklowitz D. Family Functioning, Social Impairment, and Symptoms Among Adolescents with Bipolar Disorder RH: Interpersonal Functioning in Bipolar. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2012; 51(10): 1085–1094.
- (20) Miklowitz D. Adjunctive Psychotherapy for Bipolar Disorder: State of the Evidence. *Am J Psychiatry.* 2003; 165:1408–1419.
- (21) Perlicka D, Miklowitz D, Lopez N, Chou J, Calvin C, Adzhishvilia V, Aronsona A. Family-focused treatment for caregivers of patients with bipolar disorder. *Bipolar Disord.* 2010; 12(6): 627–637.

- (22) Goldstein TR, Axelson DA, Birmaher, Brent D. Dialectical behavior therapy for adolescents with bipolar disorder: a one year open trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007; 46: 820–830.
- (23) Algorta G, Youngstrom E, Frazier T, Freeman A, Youngstrom J, Findling R. Suicidality in pediatric bipolar disorder: predictor or outcome of family processes and mixed mood presentation? *Bipolar Disord*. 2011; 13(1): 76–86.
- (24) Crowe M, Whitehead L, Wilson L, Carlyle D, O'Brien A, Inder M et al. Disorder-specific psychosocial interventions for bipolar disorder—A systematic review of the evidence for mental health nursing practice. *Int J Nurs Stud* 2010; 47: 896–908.
- (25) Crown S, Oyebode F, Ramsay R. Book reviews. *Br J Psychiatry*. 2007; 191: 366-369.
- (26) Rouget BW, Aubry JM. Efficacy of psychoeducational approaches on bipolar disorders: a review of the literatura. *J Affect Disord*. 2006; 98(1-2):11-27.
- (27) Martínez-Pampliega A, Iraurgi I, Galíndez E, Sanz M. Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scale (FACES): desarrollo de una versión de 20 ítems en español. *Int J Clin Health Psychol*. 2006; 6 (2): 317-338
- (28) Plutchick R, Van Praga HM, Conte HR, Picard S. Correlates of Suicide and Violence Risk1: The Suicide Risk Measure. *Compr Psychiatry* 1989; 30(4): 296-302.
- (29) Oronzo B, Arbiol I, Balluerka N. A Spanish adaptation of the Parental Stress Scale. *Psicothema*. 2007; 19: (4) 687-692
- (30) Aguilera-Guzmán R, Mondragón Barrios L, Icaza ME. Consideraciones éticas en intervenciones comunitarias: la pertinencia del consentimiento informado. *Salud Mental [Revista en internet]* 2008 [acceso el 22/04/15] 31:129-138. Disponible en: <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v31n2/v31n2a7.pdf>
- (31) Gómez I. Principios básicos de bioética. *Rev Per Ginecol Obstet*. 2009; 55:230-233.
- (32) Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, Ley 41/2002. *Boletín Oficial del Estado*, N° 274, (15 de noviembre de 2002).
- (33) Código penal, Ley Orgánica 10/1995. *Boletín Oficial del Estado*, N° 281, (24 de noviembre de 1995).

Anexo 2. Family Environment Scale. (Escala de Ambiente Familiar)

Escala creada por Rudolph Moos (1974) y adaptada al castellano que mide la percepción de cada miembro de la familia sobre diferentes aspectos de la vida familiar, haciendo referencia a toda la familia. Es un cuestionario autoaplicado que consta de 90 ítems con dos opciones de respuesta (verdadero o falso).

Consta de 3 dimensiones:

- Relaciones Inter-personales, con las subdimensiones de: Cohesión, Expresividad, y Conflicto.
- Crecimiento Personal, el cual tiene como subdimensiones: Independencia, Orientación hacia el logro, Orientación intelectual-cultural, Orientación recreativo-activa y Énfasis moral-religioso.
- Mantenimiento del sistema: con las subdimensiones de Organización, y Control.

Anexo 3. Escala de riesgo suicida de Plutchick.

Escala validada en España para evaluar el riesgo suicida.

Se trata de un cuestionario autoadministrado de 15 preguntas, con respuesta SI-NO.

Cada respuesta afirmativa puntúa 1.

El total es la suma de las puntuaciones de todos los ítems.

A partir de una puntuación de seis o superior el resultado es positivo en riesgo suicida.

	SI	NO
1. ¿Toma de forma habitual algún medicamento como aspirinas o pastillas para dormir?		
2. ¿Tiene dificultades para conciliar el sueño?		
3. ¿A veces nota que podría perder el control sobre sí mismo/a?		
4. ¿Tiene poco interés en relacionarse con la gente?		
5. ¿Ve su futuro con más pesimismo que optimismo?		
6. ¿Se ha sentido alguna vez inútil o inservible?		
7. ¿Ve su futuro sin ninguna esperanza?		
8. ¿Se ha sentido alguna vez fracasado/a, que sólo quería meterse en la cama y abandonarlo todo?		
9. ¿Está deprimido/a ahora?		
10. ¿Está Vd. separado/a, divorciado/a o viudo/a?		
11. ¿Sabe si alguien de su familia ha intentado suicidarse alguna vez?		
12. ¿Alguna vez se ha sentido tan enfadado/a que habría sido capaz de matar a alguien?		
13. ¿Ha pensado alguna vez en suicidarse?		
14. ¿Le ha comentado a alguien, en alguna ocasión, que quería suicidarse?		
15. ¿Ha intentado alguna vez quitarse la vida?		
PUNTUACIÓN TOTAL		

Fuente: Plutchick R, Van Praga HM, Conte HR, Picard S.

Anexo 4. Cuestionario sobre los conocimientos del trastorno bipolar.

Debido a la falta de cuestionarios estandarizados para medir los conocimientos que tiene la población sobre el trastorno bipolar, se ha construido un cuestionario de elaboración propia el cual se ha basado en la evidencia científica encontrada.

El cuestionario constara de 30 preguntas sobre el trastorno bipolar, las respuestas tendrán dos opciones (verdadero y falso) y algunas serán preguntas abiertas.

Cuestionario Conocimientos sobre el TBP.

Nombre:

1. El trastorno bipolar pediátrico es una enfermedad fácil de diagnosticar.
2. La enfermedad bipolar siempre empieza con una fase de manía.
3. Una de las características de la enfermedad es que el paciente duerme poco, esta acelerado, no para de hablar y es agresivo.
4. Diga algún síntoma característico del trastorno bipolar.
5. El trastorno bipolar es un tipo de esquizofrenia.
6. El trastorno bipolar se desarrolla por la educación recibida en casa.
7. Los pacientes bipolares con mala relación familiar tienen más riesgo de suicidio.
8. La enfermedad bipolar es contagiosa.
9. Si el paciente tiene hermanos es mejor que no tengan mucho contacto entre ellos.
10. Si el paciente recibe un tratamiento adecuado no tendrá efectos secundarios.
11. El paciente que amenaza con suicidarse nunca lo hará.
12. A partir del momento en que la persona se ve afectada por el trastorno bipolar debe tener constancia con la medicación y llevar un ritmo de vida estructurado.
13. La agresividad del paciente es culpa de su manera de ser.
14. El paciente bipolar es agresivo e irresponsable siempre.
15. Es necesario ofrecer apoyo al paciente e intentar entenderlo.
16. Ser unos buenos padres para un paciente bipolar significa nunca confrontar con ellos ya que están enfermos.
17. Hay que evitar situaciones de estrés al paciente.
18. La medicación debe dejarse cuando el paciente este bien.
19. La enfermedad tiene buena evolución con psicoeducación como único tratamiento.
20. La psicoeducación junto con el tratamiento farmacológico es necesario para la

recuperación del paciente.

21. A partir de que mi hijo ha sido diagnosticado de trastorno bipolar ya nunca va a poder llevar una vida normal.
22. Escriba como cree que ve la Sociedad esta enfermedad.
23. El tratamiento para el trastorno bipolar es crónico.
24. Los fármacos para los pacientes con trastorno bipolar son muy peligrosos.
25. El paciente con trastorno bipolar cuando está en fase de depresión tiene riesgo de suicidio.
26. Los familiares de los pacientes con trastorno bipolar no necesitamos ayuda de los profesionales sanitarios.
27. Es mejor ocultar en el colegio que el paciente tiene trastorno bipolar.
28. El apoyo familiar es indispensable para los pacientes bipolares.
29. El paciente con trastorno bipolar nunca será feliz.
30. La familia del paciente con trastorno bipolar siempre acaba con problemas psicológicos debido al trato con el paciente.

Autor: Laura Cortés Juárez.

Anexo 5. Parental Stress Scale. Escala de estrés paternal.

Se trata de una versión española adaptada.

Con esta versión adaptada podremos hacernos a la idea de la satisfacción o el estrés que tienen los progenitores del paciente bipolar.

Item

1. Me siento feliz en mi papel como padre/madre (R)
 2. No hay nada o casi nada que no haría por mi hijo/a si fuera necesario (R) (D)
 3. Atender a mi hijo/a a veces me quita más tiempo y energía de la que tengo
 4. A veces me preocupa el hecho de si estoy haciendo lo suficiente por mi hijo/a (D)
 5. Me siento muy cercano/a a mi hijo/a (R)
 6. Disfruto pasando tiempo con mi hijo/a (R)
 7. Mi hijo/a es una fuente importante de afecto para mí (R) (D)
 8. Tener un hijo/a me da una visión más certera y optimista para el futuro (R) (D)
 9. La mayor fuente de estrés en mi vida es mi hijo/a
 10. Tener un hijo/a deja poco tiempo y flexibilidad en mi vida
 11. Tener un hijo/a ha supuesto una carga financiera
 12. Me resulta difícil equilibrar diferentes responsabilidades debido a mi hijo/a
 13. El comportamiento de mi hijo/a a menudo me resulta incómodo o estresante
 14. Si tuviera que hacerlo de nuevo, podría decidir no tener un hijo/a (D)
 15. Me siento abrumado/a por la responsabilidad de ser padre/madre
 16. Me siento satisfecho/a como padre/madre (R)
 17. Disfruto de mi hijo/a (R)
-

Fuente: Oronz et al en el 2007.